CENTRUM MEDYCZNE
WIELKOSZYŃSKI

Wypełnia CM Wielkoszyński

Data otrzymania materiału

Nr zlecenia

Kod zlecenia

FORMULARZ ZLECENIA BADANIA ELISPOT

DANE PACJENTA

Prosimy o czytelne wypełnienie drukowanymi literami.

IMIĘ: _____

NAZWISKO: _____

PESEL: __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

DATA URODZENIA: D D M M R R R R

☐ KOBIETA ☐ MĘŻCZYZNA

ADRES ZAMIESZKANIA

ULICA: _____ NR: _____

KOD POCZT.: _____ MIEJSCOWOŚĆ: _____

DANE KONTAKTOWE

TEL.: _____

E-MAIL: _____

Wypełnienie powyższych pól jest warunkiem koniecznym do przyjęcia zlecenia badania.

MATERIAŁ DO BADAŃ

	Data i godzina pobrania:	Imię i nazwisko pobierającego:
KREW PEŁNA		

WYBÓR WERSJI JĘZYKOWEJ WYNIKU

W przypadku niewybrania żadnej opcji, wynik zostanie wydany w j. polskim.

☐ Język polski | lub | ☐ Język angielski

ZLECANE BADANIA

W przypadku ręcznego wypełniania formularza, przy zlecanym badaniu/zlecanych badaniach prosimy o wyraźne zaznaczenie całego kwadratu długopisem lub flamastrem.

GRUPA A - BADANIA TECHNIKĄ ELISPOT

A.1 ☐ EliSpot 2 Borrelia
A.2 ☐ EliSpot Borrelia miyamotoi
A.3 ☐ EliSpot Yersinia
A.4 ☐ EliSpot Bartonella henselae
A.5 ☐ EliSpot Babesia microti
A.6 ☐ EliSpot Anaplasma/Ehrlichia
A.7 ☐ EliSpot Aspergillus
A.8 ☐ EliSpot EBV
A.9 ☐ EliSpot Candida
A.10 ☐ EliSpot CMV
A.11 ☐ EliSpot HSV (HSV-1 i HSV-2)
A.12 ☐ EliSpot Chlamydia trachomatis
A.13 ☐ EliSpot Chlamydia pneumoniae
A.14 ☐ EliSpot Mycoplasma pneumoniae
A.15 ☐ EliSpot Streptococcus
A.16 ☐ EliSpot VZV

☐ Wyrażam zgodę na anonimowe wykorzystanie materiału przez Centrum Medyczne Wielkoszyński do badań naukowych.

SPOSÓB ODBIORU WYNIKU BADANIA

Proszę zaznaczyć jedno właściwe pole.

☐ e-Wyniki
Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z regulaminem korzystania z serwisu do odbierania wyników e-Wyniki zamieszczonym na stronie wielkoszynski.pl.
☐ osobiście w CM Wielkoszyński
☐ przez osobę upoważnioną (wymagane wydanie upoważnienia na druku dostępnym na wielkoszyński.pl)
☐ list polecony priorytetowy (wymagane wniesienie dodatkowej opłaty w wysokości określonej w regulaminie CM Wielkoszyński)
☐ kurier (wymagane wniesienie dodatkowej opłaty w wysokości określonej w regulaminie CM Wielkoszyński)

Miejsce przesłania wyniku (wypełnić, gdy adres jest inny niż adres zamieszkania):

_____

_____

DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE BADAŃ U PODOPIECZNEGO

Wypełnić w przypadku osoby małoletniej lub ubezwłasnowolnionej.

Ja niżej podpisana/y _____,

oświadczam, iż jestem Przedstawicielem ustawowym/Opiekunem faktycznym

Pacjenta: _____ oraz wyrażam zgodę na wykonanie powyższych badań.

_____

data i czytelny podpis Rodzica/Opiekuna prawnego

INFORMACJA DLA PACJENTA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Działając jako Administrator Pani/Pana danych osobowych, zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej RODO) oraz ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 roku (Dz. U. z 2018r poz.1000) prosimy o zapoznanie się z informacją, niezbędną w przypadku zbierania Pani/Pana danych osobowych.

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Centrum Diagnostyki Laboratoryjnej Tomasz Wielkoszyński i Marcin Furmański sp. j. z siedzibą w Dąbrowie Górniczej (41-300) przy Alei Józefa Piłsudskiego 10 (NIP 629-247-77-45). Zgodnie z zapisami art.37 RODO wyznaczyliśmy Inspektora Ochrony Danych, z którym można skontaktować się telefonicznie pod numerem +48 730 300 665, pod adresem e-mail: IOD@wielkoszynski.pl lub przesyłając korespondencję na adres Centrum z dopiskiem „IOD".

Pani/Pana dane przetwarzane będą:

- w celu świadczenia usług diagnostyki medycznej na podstawie art.9 ust.2 lit. h) RODO (przetwarzanie jest niezbędne do celów profilaktyki zdrowotnej lub medycyny pracy, a także do diagnozy medycznej),
- na podstawie art.6 ust.1 lit. b) RODO w celu wykonania umowy o realizację badań medycznych,
- na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO w celu wypełnienia obowiązków prawnych nałożonych na podmiot leczniczy (tj. Administratora),
- w celu realizacji przez Administratora zadań w interesie publicznym w dziedzinie zdrowia publicznego jako podmiot leczniczy – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e RODO,
- w celu dochodzenia roszczeń i obrony przed roszczeniami, w szczególności kiedy nie będzie Pani/Pan zadowolony z usług Administratora – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f) RODO (co nazywane jest przetwarzaniem niezbędnym do celów wynikających z prawnie uzasadnionego interesu Administratora),
- po wyrażeniu odrębnej zgody do celu marketingu usług i produktów Administratora (na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) RODO).

Pani/Pana dane osobowe przetwarzamy na podstawie przepisów, regulujących system opieki zdrowotnej. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji wskazanych powyżej celów. W przypadku niepodania danych nie będzie możliwe przeprowadzenie badań laboratoryjnych. W zakresie w jakim Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane ponieważ jest to konieczne do celów wynikających z prawnie uzasadnionego interesu Administratora (podstawy wskazane powyżej) jest to dobrowolne i może się Pani/Pan temu sprzeciwić zgodnie z postanowieniami RODO, kontaktując się z Administratorem.

Odbiorcami podanych przez Panią/Pana danych osobowych będą pracownicy/współpracownicy Administratora (na podstawie stosownych upoważnień), podmioty uprawnione do ich przetwarzania na podstawie obowiązujących przepisów prawa oraz podmioty realizujące usługi, które są niezbędne do bieżącego funkcjonowania Centrum, z którymi Administrator, zgodnie z art.28 RODO, zawarł umowy powierzenia przetwarzania danych.

Dane osobowe udostępnione przez Panią/Pana przechowywane będą, przez okres czasu konieczny mając na uwadze cele, dla których te dane zostały zebrane, w szczególności przez okres wynikający z przepisów regulujących czas przechowywania dokumentacji medycznej, wykonywanie prawnych obowiązków jako podmiot leczniczy, a w przypadku zawieranej umowy na badania do czasu jej rozwiązania/wygaśnięcia i przez okres czasu po jej rozwiązaniu/wygaśnięciu do czasu przedawnienia roszczeń związanych z umową, natomiast w przypadku danych osobowych przetwarzanych na podstawie zgody do czasy jej cofnięcia. Przewidziane w przepisach o ochronie danych osobowych „prawo do zapomnienia" może zostać zrealizowane dopiero po upływie okresu przechowywania dokumentacji medycznej.

Ma Pani/Pan prawo do dostępu do swoich danych osobowych, poprawiania danych, przeniesienia danych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania i usunięcia danych, prawo do sprzeciwu w zakresie przetwarzania danych osobowych, a także cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie (jednak odwołanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej odwołaniem), w zależności od tego, co jest podstawą przetwarzania tychże danych.

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeżeli uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie przez Administratora Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy dotyczące ochrony danych osobowych.

Zgodnie z art.6 ust.1 lit. a) RODO **wyrażam/nie wyrażam*** zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów marketingowych (marketing usług lub produktów Administratora), za pomocą:

**☐ udostępnionego adresu e-mail (komunikacja na skrzynkę poczty elektronicznej),

**☐ numeru telefonu (komunikacja poprzez wiadomości SMS, MMS czy połączenia przychodzące na telefon, którego jestem użytkownikiem).

***niepotrzebne skreślić**

****zaznaczyć wybrane opcje**

Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z regulaminem świadczenia usług, regulaminem serwisu e-Wyniki oraz polityką prywatności na rzecz klientów Centrum Medycznego Wielkoszyński (do wglądu na stronie wielkoszynski.pl lub w siedzibie Usługodawcy).

_____

data i podpis Pacjenta/Rodzica/Opiekuna prawnego

ZAPISZ | DRUKUJ | USUŃ DANE